



160/323 - Enfermedad de Still: descubriendo una simuladora en atención primaria

S.A. Cabral Rivera^a, M. García Muñoz^b, M. Masamunt París^c, P. Barrado Sampietro^a, M. Arenas Jiménez^a, N. Domené^b, A. Carbó^b y C. Sierra Matheu^b

^aMédico de Familia. ABS Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat. Barcelona. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat. Barcelona. ^cMédico de Familia. Centro de Salud EAP Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 42 años de edad, no antecedentes patológicos de interés, no hábitos tóxicos, valorada por adenopatía supraclavicular y laterocervical no dolorosas, cuadro asociado artromialgias y edema intermitente en ambas manos. Paciente valorada días previos por rash cutáneo evanescente y síndrome febril inicialmente orientado como catarro de vías altas.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: Rash cutáneo evanescente en tronco y extremidades. Adenopatía laterocervical izquierda de 1 cm aprox. y supraclavicular derecha de menor tamaño, no dolorosas, móviles. ACR: normal. ABD: normal. ORL: exudado amigdalario izdo. P. complementarias: Analítica: Hb 11,9 g/dL, VCM 82 fL, 8.900 L, 241.000 plaquetas, Cr 53 umol/L, ferritina 1.913, PPD negativos, FG > 60 ml/min, función hepática N, PCR 117 mg/L, Prot 70 g/L, Alb 41 g/L, proteinograma normal, FR 37, VEB VIH, IgG antirubeola e IgG antitoxoplasma negativos, ANA -, VSG 55. TC toracoabdominal: ganglio interaortocava aislado de 5mm de tamaño no patológico y carácter inespecífico. No se observan adenopatías abdominopélvicas ni retroperitoneales de tamaño significativo. GG ósea: signos de artritis activa en carpo derecho y de menor intensidad en carpo izquierdo, hombros y coxofemorales. EcoPAAF: biopsia ganglionar axilar: linfadenitis eosinofílica inespecífica con hiperplasia folicular e incremento venular poscapilar. Punch de piel: dermatitis crónica y aguda de intensidad leve.

Juicio clínico: Enfermedad de Still.

Diagnóstico diferencial: Fiebre reumática, LES, espondilitis anquilosante, polimiositis y dermatomiositis, síndromes de vasculitis, escleroderma, artritis psoriásica, síndrome de Reiter, síndrome de Sjögren, EMTC, síndrome de Beçhet, artritis infecciosa, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedades neoplásicas incluyendo leucemia, afecciones no reumáticas de huesos y articulaciones, enfermedades hematológicas, artralgia psicógena, misceláneas, sarcoidosis, osteoartropatía, sinovitis villonodular, hepatitis crónica activa, fiebre mediterránea familiar.

Comentario final: La enfermedad de Still es una enfermedad inflamatoria sistémica, de etiología desconocida, caracterizado por fiebre en aguja, dolor faríngeo, compromiso articular, rash maculopapular evanescente, linfadenopatías, hepatoesplenomegalia y leucocitosis, siendo la poliartritis febril la forma más frecuente de presentación de esta rara enfermedad. La prevalencia

estimada es de 1,5 casos por millón de habitantes. La distribución por edades es bimodal, de forma que hay un pico de presentación entre los 15 y los 25 años y un segundo pico entre los 36 y los 46. Para el diagnóstico de la enfermedad de Still, se utilizan los criterios de Yamaguchi y tras la exclusión de diagnósticos diferenciales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harrison Principios de Medicina Interna, 17ª edición. The McGraw-Hill Companies. Año.2008.
2. Bonilla Hernán MG, Cobo Ibáñez T, de Miguel Mendieta E. Tratamiento con infliximab (anti-TNF alfa) en pacientes con enfermedad de Still del adulto. Experiencia de dos casos. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. An Med Interna (Madrid). 2004;21(1).
3. Montilla CA, Medina JA, Conde E. Enfermedad de Still del adulto Seminarios de la Fundación Española de Reumatología. 2001;2;335-43.
4. Min JK, Cho CS, Kim HY, Oh EJ. Bone marrow findings in patients with adult Still's disease. Scand J Rheumatol. 2003;32:119-21.